

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

№ телефона \_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу предоставить мне необходимые документы для получения социального налогового вычета на собственное лечение (если оказывалась услуга членам семьи, указать степень родства, ФИО) за \_\_\_\_\_ год по имеющимся у меня чекам оплаты услуг за указанный период:

№ п/п	Дата услуги	Сумма, руб
	ИТОГО:	

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_      Расшифровка подписи \_\_\_\_\_